

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE
DES
KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Maurice-Louis-Gabriel GOURMELEN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TRÉBOUL (Finistère), le 4 avril 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DÜVERGEY, professeur.....	{ Juges.
		LOUBAT, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE
DES
KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Maurice-Louis-Gabriel GOURMELEN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TRÉBOUL (Finistère), le 4 avril 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	{ Juges.
		LOUBAT, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU. (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. { CABANNES (en congé).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			{ BEAUVIEUX (chargé).
id.....			N.
Clinique dentaire.....			GOURDON.
			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRERE

A MA FIANCEE — A SA MERE

A MES COUSINS L. L. A.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société de chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

Qu'il nous soit permis de le remercier
ici pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE
DES
KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE

HISTORIQUE

Il y a à peine un siècle que la question de la malignité des kystes de l'ovaire a été envisagée. En effet, à part un travail de Scharkopff en 1685 sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire, c'est Delpech, de Montpellier, qui, le premier, en 1828, formula l'idée d'une analogie entre le cancer et les kystes de l'ovaire. Nous devons ajouter qu'à cette époque, la pratique de l'ovariotomie était rare en France et qu'on se basait uniquement, pour formuler un pronostic, sur l'examen purement clinique. Cette pratique se généralisant, les histologistes intervinrent, et l'examen anatomo-pathologique plus fréquemment fait, l'idée de Delpech se confirma.

Malgré tout, les chirurgiens de l'école anglaise (Clay, Hutchinson, Spencer Wells) continuèrent à considérer les kystes de l'ovaire comme des tumeurs d'une bénignité absolue.

Lorsqu'une récurrence venait à se produire, c'était qu'ils avaient eu affaire à un cancer dont la généralisation, inaperçue par eux, était déjà commencée au moment de l'opération. Quant aux vrais kystes, ils étaient essentiellement bénins

et incapables de complications; et toute malade opérée était hors de danger.

Pourtant, les ovariectomies se multipliant, il devint évident que non seulement on constatait des récurrences après l'ablation de simples kystes, mais encore des généralisations et des métastases, et en 1874, le Professeur Panas publie dans ce sens une observation typique.

Et, en 1884, Bourguelle dans sa thèse inaugurale dit encore :

« La dégénérescence cancéreuse a été quelquefois constatée à la suite de l'ovariectomie; les cas cités sont peu nombreux : 2 p. 100; cette dégénérescence ne nous paraît pas être le résultat de la structure du kyste, mais bien de la diathèse cancéreuse générale, qui peut avoir déjà produit au moment de l'opération des néo-formations difficiles à diagnostiquer. »

Depuis, les travaux concernant cette question ont été publiés : Poupinel, en 1886, a réuni 152 cas. Cohn, de Berlin, publie un travail sur 100 observations de dégénérescence empruntées à la statistique de Schröder. Puis, c'est Hadjès, en 1889, Debray, en 1900 et Cerné, en 1904 (rapport présenté au Congrès de Gynécologie tenu à Rouen, avril 1904, in *Normandie médicale*), qui nous donnent des statistiques peu rassurantes sur la fréquence de cette dégénérescence maligne des kystes ovariens.

Actuellement, les observations attestant cette dégénérescence sont nombreuses, car l'examen anatomo-pathologique est fréquemment pratiqué et les cas de kystes ovariens sont loin d'être rares.

Si les auteurs se sont occupés de la dégénérescence maligne des kystes ovariens, ils ont eu surtout en vue l'étude des kystes mucoïdes. Ceci est compréhensible, car ce sont les plus fréquemment rencontrés. En effet, les kystes dermoïdes de l'ovaire ne représentent, d'après une statistique de Ols-hausen, que 3,5 p. 100 de la totalité des kystes ovariens. Si nous ajoutons que la dégénérescence maligne n'a lieu que dans 2 à 4 p. 100 de ces kystes dermoïdes, nous compren-

drons que le nombre des auteurs s'étant occupés de la question soit relativement rare.

Pourtant, depuis fort longtemps, on s'était préoccupé de savoir comment se formaient ces kystes et, au moyen âge, Ambroise Paré leur attribuait une origine surnaturelle.

Plus tard, Coley en fit le résultat d'une copulation avortée; tandis que Cruveillier pensait que c'était le résultat d'une grossesse ectopique. Cette hypothèse n'est pas soutenable car la grossesse ectopique donne des embryons normaux et on a trouvé des kystes dermoïdes chez des vierges.

La théorie de Verneuil de l'enclavement d'un feuillet ectodermique ne peut non plus être admise, car les kystes dermoïdes sont formés des trois tuniques.

L'hypothèse de la parthénogénèse, qui est admise chez les être inférieurs, est-elle valable pour l'homme? Meckel, en 1813, l'avait entrevue et Mathias-Düval la basa sur des faits d'observation. Mais Bonnet ne l'admet pas et dit : « La parthénogénèse n'existe pas chez les vertébrés. »

Pour Pozzi, le kyste dermoïde serait dû à l'enclavement au milieu des feuillets de l'embryon en voie de développement, soit d'une globule polaire fécondé, soit d'un blastomère séparé des autres et évoluant pour son propre compte.

Enfin, Marchand et Bonnet sont intervenus et ont émis l'hypothèse suivante : Ils pensent que la trop précoce division de l'ovule fécondé, se partageant en cellules sexuelles et cellules somatiques pour former le stade morula, est anormale dans ce que certaines cellules somatiques sont détachées et s'implantent avec les cellules sexuelles formant l'ovaire, cellules somatiques qui plus tard deviendront tératome.

La question des kystes dermoïdes était donc connue depuis fort longtemps; la dégénérescence maligne des kystes mucoïdes avait fait l'objet de publications, et pourtant il faut arriver à 1860 pour voir Heschl publier un cas de dégénérescence maligne de kyste dermoïde de l'ovaire survenu chez une femme de 45 ans. En 1864, Pommier (thèse Strasbourg) nous rapporte un second cas. Puis il nous faut atteindre 1877

pour voir Rocher publier un cas de kyste dermoïde bilatéral : les deux kystes avaient subi la dégénérescence carcinomateuse. D'autres cas sont alors publiés et, en 1896, Masson, dans sa thèse, rapporte 26 observations de kystes dermoïdes dégénérés; Debuchy, trois ans plus tard, en a ajouté 4 autres et, en 1913, Vacher de Lapouge arrive au total de 42 cas.

En 1913, Stroganoff traite de la dégénérescence maligne des kystes de l'ovaire et, en 1919, Spalding (*Am. J. Obst. New-York*), publiant une observation, fait une étude complète de la question.

D'autres cas ont été publiés depuis. Fouillant les littératures française et étrangère, nous avons réussi à en rapporter 60. Mais nous tenons à dire que le simple examen de la bibliographie permettrait d'élever le nombre de cas publiés à environ 80. Il semble pourtant que ce nombre pourrait être encore plus élevé si l'examen anatomo-pathologique avait lieu plus souvent, car la simple inspection de la tumeur est souvent impossible pour permettre de porter le diagnostic de kyste dermoïde ayant subi la dégénérescence maligne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder l'anatomie pathologique du kyste dermoïde dégénéré, nous devons rappeler la structure du kyste dermoïde normal.

Peu volumineux, ils peuvent être uniloculaires ou multiloculaires. Leur paroi est d'épaisseur variable, suivant les points. Le contenu du kyste est formé par une matière sébacée, huileuse, épaisse, renfermant des cellules épithéliales, des cristaux, de la cholestérine et des acides gras. Dans cette matière sébacée se trouvent fréquemment des cheveux agglutinés et pelotonnés.

La paroi interne est tomenteuse et présente en un point un épaississement : la papille où viennent s'implanter les cheveux. La paroi constituée par du tissu conjonctif n'est revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié qu'au niveau de la papille. C'est à son niveau que l'on rencontre les dérivés des différents tissus cellulaires : dérivés de l'ectoderme; peau et annexes : poils et glandes sébacées, dents et glandes sudoripares; dérivés du mésoderme, et de l'endoderme qui peuvent se constituer pour former des ébauches d'organes.

Ainsi, les kystes dermoïdes de l'ovaire, qui contiennent les trois tissus, diffèrent des kystes dermoïdes des autres régions qui, eux, ne contiennent que de l'ectoderme.

La dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire est-elle une cancérisation du kyste ou bien est-ce simplement une transformation de la tumeur bénigne en tumeur maligne?

Si nous lisons Masson, nous voyons :

« La tumeur maligne secondaire est en pareil cas une tu-

meur à tissu unique. C'est surtout par l'étude des foyers de généralisation que l'on peut se convaincre de cette donnée; seuls ils permettent d'observer la tumeur maligne tardive sans le mélange des tissus préexistants de la tumeur bénigne primitive; les foyers de généralisation ont montré un épithélium corné dans le cas de kyste dermoïde. Si la malignité tardive de ces tumeurs à tissus multiples était le fait plus ou moins direct de la cause première de leur apparition, elle porterait son action sur tous les éléments dérivés de la cellule nodale initiale. Dès lors, cette tumeur maligne ainsi que ces foyers de généralisation répondraient au type des tumeurs malignes à tissus multiples, telles qu'elles existent chez le fœtus ou le nouveau-né. Puisqu'il n'en est pas ainsi, puisque la tumeur maligne est elle-même constituée par un tissu unique, il est légitime de conclure que la tumeur bénigne a simplement joué le rôle d'un organe anormal, que le deuxième néoplasme n'est pas, à proprement parler, la transformation du premier, mais qu'il est en quelque sorte la tumeur d'une tumeur. »

Si donc nous trouvons des noyaux secondaires composés des mêmes éléments que la tumeur originelle, nous devons admettre que tous ces noyaux kystiques sont contemporains du kyste primitif, dérivant comme lui d'une cellule nodale unique et que leur séparation est due à la croissance des organes ou des tissus sur lesquels ils étaient implantés.

Tous les tissus du kyste peuvent dégénérer, mais en réalité les tissus vivants que sont l'épiderme et le derme sont surtout appelés à subir cette dégénérescence, et c'est pourquoi le néoplasme siège principalement dans la région papillaire. C'est la seule région du kyste qui contienne un épithélium pavimenteux et, en effet, l'examen de la tumeur montre que les nodosités cancéreuses y sont fréquentes. L'épithélioma a tendance à évoluer vers l'intérieur du kyste, du moins au début. Il est en effet limité par l'enveloppe fibreuse du kyste qui lui sert de barrière résistante. Mais il vient un moment où les cellules cancéreuses arrivent néanmoins à

traverser la paroi et à former à la surface externe de véritables végétations en chou-fleur.

Le sarcome qui prend naissance dans les éléments conjonctifs du derme, traverse rapidement la cloison fibreuse et vient former des noyaux, coiffant le kyste dermoïde qui leur a donné naissance.

Quant à l'endothéliome, il provient des cellules endothéliales des capillaires lymphatiques ou des vaisseaux sanguins.

Quelle est la structure histologique de ces diverses tumeurs ?

L'épithélioma, qui est la forme néoplasique de beaucoup la plus fréquente, puisqu'on l'observe dans la moitié des cas, a fait l'objet d'une description précise dans une observation de Masson.

« A un faible grossissement, la paroi dégénérée se présente avec un stroma conjonctif lâche, constitué par des faisceaux grêles et ondulés, semés de cellules leucocytaires et d'éléments épithéliaux qui, à certains endroits, ont la disposition pseudo-acineuse du carcinome alvéolaire.

» A un plus fort grossissement, ces cellules sont différentes, avec un seul point commun : elles n'ont pas de pointes de Schultze.

» Les amas pseudo-acineux ont des cellules polygonales à protoplasma granuleux et à noyau très gros, avec çà et là, au milieu d'un amas, un gros élément à noyau en voie de fragmentation et protoplasma plus clair. Ailleurs, des cellules épithéliales sont disposées au hasard en une ou plusieurs rangées, mais avec une quantité plus considérable de gros éléments à noyau fragmenté. Ailleurs, enfin, substance cornée et gros éléments plus altérés constituent la masse et se poursuivent plus ou moins loin dans le stroma. »

Telle est la description de l'épithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques donnée par Masson.

Dans une autre observation (*Registre d'anatomie pathologique de Lyon*), les globes cornés étaient plus caractéristiques et montraient l'état adulte de la tumeur.

Quant à l'épithélioma tubulé, la description donnée par le Professeur Chavannaz en est le type (*Gaz. hebdom. Sciences méd. Bordeaux*). « La paroi kystique est formée d'une couche conjonctive portant un revêtement épithélial. La portion conjonctive est formée de faisceaux bien visibles infiltrés de cellules petites à noyaux fortement colorés, les uns régulièrement arrondis, les autres de forme irrégulière. Il y existe des vaisseaux sanguins très développés comme nombre et comme volume. On n'y rencontre ni follicules pileux, ni glandes sudoripares ou sébacées. Cette couche conjonctive tantôt unie et plane, tantôt fortement ondulée, est recouverte de cellules épithéliales affectant des dispositions variables suivant les points considérés.

» Sur certaines parties, on voit ces cellules se disposer sous forme d'épithélium pavimenteux stratifié formé de cellules volumineuses à noyaux allongés parallèlement à la surface libre; les cellules formant les couches les plus superficielles ne sont pas sensiblement plus aplaties que celles qui forment les couches profondes.

» En d'autres points, on trouve comme limite interne du kyste ces mêmes cellules épithéliales à noyaux bien apparents, mais elles sont disposées sans ordre et placées avec des cellules lymphatiques autour de vaisseaux sanguins sans paroi propre appartenant à la partie conjonctive qui, elle, présente en ces endroits une structure assez lâche.

» Enfin, il est d'autres portions où la zone épithéliale acquiert une épaisseur considérable et se présente sous forme de nombreuses couches cellulaires superposées les unes aux autres; les cellules constituantes ont les mêmes caractères que précédemment; il en est cependant qui ont subi la dégénérescence vacuolaire. Dans ces régions, on voit le revêtement épithélial se continuer sous forme de bourgeons qui pénètrent dans l'épaisseur de la couche conjonctive pour aller y former des amas cellulaires considérables. Dans la partie la plus épaisse de la paroi, l'infiltration de la zone conjonctive par les éléments épithéliaux revêt des caractères tout parti-

culiers. On voit alors de larges alvéoles remplis de cellules volumineuses de forme irrégulière, mais généralement polygonales, à gros noyaux bien apparents. Ces cellules sont dans certains alvéoles en voie de multiplication très active, et on y rencontre d'abondantes figures karyokinétiques. D'autres alvéoles, au contraire, sont remplis par une masse protoplasmique colorée uniformément en rouge par l'éosine et dans laquelle on ne peut reconnaître que quelques noyaux; les cellules ont subi à ce niveau des phénomènes de dégénérescence. »

Le carcinome n'est constaté que dans le quart des cas environ.

Il est constitué par des cellules épithéliales polymorphes, volumineuses, dont plusieurs sont multiloculaires; ces cellules remplissent des cavités assez étendues et constituent un véritable épithélioma développé aux dépens des glandes sébacées, comme tend à le prouver la présence de graisse infiltrant les cellules. De là partent des masses nodulaires qui s'enfoncent dans le tissu cellulo-adipeux de la paroi et y forment des lobules d'adénomes en voie de transformation graisseuse. Ces nodules suivent les cloisons fibro-vasculaires et s'enfoncent dans la capsule. Sur des points voisins, les glandes diffusées prennent un aspect différent de celui des glandes sébacées ordinaires, elles offrent des culs-de-sac très petits, en sorte que la coupe prend un aspect aréolaire.

Mentionnons qu'une de nos observations (Lockhart et Anderson) donne la combinaison d'un carcinome et d'un épithélioma.

Le sarcome semble moins fréquent que le carcinome. Tumeur du type conjonctif, il est constitué par des cellules oblongues, volumineuses, pourvues de gros noyaux ovoïdes, disposés en faisceaux entrecroisés en différents sens. Les vaisseaux n'ont pas de paroi propre. C'est le tissu néoplasique lui-même qui leur en sert. C'est le sarcome fasciculé, sarcome à cellules fusiformes ou fuso-cellulaires (obs. de Reclus, de Biermann).

Le sarcome à petites cellules rondes (obs. de Busse) est formé d'amas de cellules qui laissent entre elles des cellules dépourvues d'endothélium, et limitées simplement par les cellules elles-mêmes.

La dégénérescence endothéliomateuse est plutôt rare, puisque nous ne connaissons que les cas de Eckard, Flaisch, Faguet et Spencer.

Faguet en a fait une description judicieuse que nous reproduisons :

« La portion solide est formée par des faisceaux de tissu conjonctif fasciculé, constituant une sorte de tissu réticulaire dans les alvéoles duquel se trouvent en grand nombre des cellules épithéliales ou épithélioïdes, de forme et de volume variables, à noyau très apparent. En outre, on rencontre un grand nombre de fentes lymphatiques, avec des cellules d'endothéliomes au milieu de la substance interstitielle de nature conjonctive. Les vaisseaux sanguins n'ont pas de paroi propre. »

Telles sont les formes histologiques rencontrées dans les kystes dermoïdes dégénérés. Des trois formes de dégénérescence, la forme de beaucoup la plus fréquente est la forme épithéliomateuse; le sarcome se rencontre quelquefois; quant à l'endothéliome il est plutôt rare.

*
**

Nous avons vu précédemment que le kyste dermoïde non dégénéré était peu volumineux : grosseur d'une tête de fœtus environ. Il n'en est plus de même quand la dégénérescence a eu lieu. A ce moment, on constate une tumeur considérablement augmentée de volume; elle occupe le petit bassin et remonte souvent au-dessus de l'ombilic, pouvant même atteindre le creux épigastrique. Telle était la malade de Pommier, qui avait une tumeur formée de quatre parties. La malade de Biermann possédait une tumeur grosse comme quatre têtes d'adulte. Quant aux malades d'Eckard et Mac

Carty, leurs kystes pesaient, l'un 4.200 grammes, l'autre 4.800 grammes

Ces kystes sont irréguliers comme forme et comme consistance. Tandis que certains ont des plaques cancéreuses dans leur paroi, d'autres sont surmontés de noyaux néoplasiques pouvant atteindre les dimensions du poing (Mermet). Il en est qui sont complètement envahis par le néoplasme. On comprend dès lors cette sensation de dureté en certains endroits, de mollesse en d'autres, d'irrégularité dans la consistance que l'on ressent lorsqu'on palpe la tumeur. Si nous ajoutons que les néoplasmes eux-mêmes ont des consistances différentes : les sarcomes étant plus fermes, les épithéliomas plus mous, que ceux-ci peuvent être squirreux ou encéphaloïdes, que certains peuvent se calcifier, nous aurons l'explication complète de la variabilité de consistance des kystes dégénérés.

Le kyste lui-même est rarement mobile, et au moment où nous voyons les malades, la dégénérescence est si avancée que les adhérences se sont déjà formées. Le néoplasme, en effet, qui débute à l'intérieur du kyste, a tendance à s'extérioriser, continuant à proliférer, et même avec rapidité il envahit les organes voisins. Cet envahissement se fait surtout par greffes, et cette greffe se fait d'autant plus facilement que la tumeur prenant un volume exagéré, offre ainsi une plus grande surface de contact. C'est pourquoi les organes les plus voisins seront surtout atteints : l'utérus, le péritoine, la vessie semblent particulièrement attaqués; l'intestin, surtout les côlons ascendant et descendant, le côlon sigmoïde (Mermet) sont également touchés. Les adhérences peuvent même dépasser le côlon transverse et atteindre l'estomac (Reclus). L'autre ovaire, le vagin, les anses grêles, l'épiploon et la paroi abdominale ne sont pas à l'abri de cette propagation.

Si la malade est opérée suffisamment tôt, il est possible de séparer ces adhérences. Mais il est des cas où le néoplasme a tellement envahi l'organe voisin, que, soit spontanément,

soit au cours de l'intervention, le kyste se rompt et s'ouvre dans l'organe creux néoplasique : ouverture spontanée dans le rectum chez la malade de Hochhalt, ouverture spontanée dans la vessie chez la malade de Himmelfarb; au cours de l'intervention, ouverture de la vessie (Rocher), du côlon descendant, avec impossibilité d'enlever la tumeur (Pottien):

Cet envahissement de proche en proche, par contact, est le moyen de généralisation le plus fréquent. Pourtant, comme dans toutes les néoplasies, le transport par voie lymphatique ou veineuse est à envisager et dans ce cas tous les organes peuvent être atteints.

Les maladies de Pottien, Debuchy, avaient des métastases dans tous les organes de la cavité abdominale. La malade de Babinsky avait des métastases à la base du poumon droit; celle d'Unverricht, dans la plèvre; celle de Dewalsche, sur le péricarde, la plèvre, dans les poumons et le foie. Quant à la malade de Frank, l'examen radiologique permit de lui découvrir des noyaux métastatiques pulmonaires et vertébraux.

Le système lymphatique n'échappe pas au néoplasme, et chez toutes les malades les ganglions étaient cancéreux; les ganglions rétropéritonéaux sont le plus souvent touchés, à tel point que l'examen clinique a suffi parfois pour les découvrir. Dans le cas de Carter, les ganglions cervicaux étaient néoplasiques; chez la malade de Yamogiva, la métastase était sus-claviculaire, et chez celle de Clark, on a trouvé un noyau métastatique dans l'aisselle gauche.

Enfin l'ascite, souvent sanglante et abondante (Faguet), sera le résultat de cette dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire.

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes dermoïdes, dit Pozzi, sont souvent des trouvailles d'autopsie. En effet, à l'encontre des kystes mucoïdes qui sont gros, les kystes dermoïdes sont peu volumineux : gros-seur d'une orange, d'une tête du fœtus. Le diagnostic, dans ces conditions, sera difficile, car la malade souvent ne souffre pas et ne présente aucun symptôme de compression.

Par contre, la malade peut venir vous consulter parce que depuis quelque temps elle souffre de l'abdomen. A l'examen, vous trouverez alors une tumeur palpable dans la fosse iliaque, de volume variable, de consistance fort inégale, tantôt molle et fluctuante, tantôt dure et rénitente. Cette tumeur est souvent mobile et le toucher vaginal permet de la différencier de l'utérus.

La douleur qui, d'après Lawson Tait, est plus fréquente dans les kystes dermoïdes que dans les autres kystes, est variable. Le plus souvent cette douleur est vive et irradiée dans le membre inférieur correspondant. Les signes fonctionnels, quand ils existent, sont des symptômes de compression des organes abdominaux.

La symptomatologie de cette période précancéreuse est donc fort simple. Il n'en est plus de même lorsque le kyste est dégénéré, et nous devons constater que le début clinique de cette seconde période est postérieure — malheureusement — au début de la lésion néoplasique.

La période du kyste dermoïde simple est fort variable : de quelques semaines à plusieurs années. Ainsi, la malade de Yamogiva avait sa tumeur depuis 34 ans; celle de Busse, 22 ans; celle de Pommier, 20 ans, et beaucoup d'autres

avaient, disent les observations, une tumeur abdominale depuis plusieurs années. Par contre, certaines malades ont ignoré leur tumeur : cas des petits kystes, jusqu'au moment de leur transformation maligne.

Par quels signes cliniques se manifeste le kyste dégénéré ?

La malade, qui savait posséder une tumeur abdominale, s'aperçoit tout à coup que cette tumeur, jusque-là stationnaire, grossit rapidement. D'autres fois, la révélation de cette tumeur suffira pour que la malade vienne voir son médecin.

La douleur est avec la tumeur un symptôme précoce. Le kyste dermoïde peut être douloureux; l'augmentation de cette douleur ou son apparition subite est un signe favorable de diagnostic. Cette douleur est variable dans son intensité : tantôt simple sensation de pesanteur abdominale, tantôt douleur légère, mais profonde, d'autres fois douleur insupportable, vive, lancinante, paroxystique, localisée en un point de l'abdomen, ou s'irradiant le long du sciatique dans le membre inférieur correspondant, ou même le long des deux sciatiques (malade de Hochhalt), et quelquefois dans le flanc ou l'hypocondre.

Cette douleur pourra être le seul symptôme de l'affection : tel était le cas pour la malade de Norris.

A cette période d'évolution rapide de la tumeur, les symptômes de compression abdominale sont fréquents. L'ascite que l'on trouve aussi dans les cas de kystes dermoïdes simples est un symptôme souvent constaté, avec cette particularité d'être hémorragique. L'œdème des membres inférieurs due à la compression de la veine cave inférieure, peut accompagner cette ascite. Il semble pourtant que les troubles de compression intestinale et de compression des voies urinaires existent le plus souvent. La malade du Professeur Chavannaz présentait de la rétention d'urine et de l'obstruction intestinale; la malade de Masson est constipée; celle de Faguet vient le voir parce qu'elle urine difficilement. Il en est de même pour une malade de Vacher, de Frank, Spalding, sans oublier celle de Peters, malade chez qui les douleurs à la

miction sont si fortes qu'elle doit se coucher, et qui, par la suite, est atteinte de rétention d'urine.

Quelques symptômes de généralisation de la tumeur sont observés : ainsi la malade de Babinsky a eu des hématémèses et on a trouvé un cancer du pylore accompagnant le kyste dégénéré; une malade de Mac Carty a eu du sang dans les selles et elle était dotée d'un néoplasme du côlon sigmoïde.

Si nous ajoutons que certaines malades sont dyspnéiques, que d'autres ont des vomissements, nous aurons énuméré tous les signes fonctionnels capables d'aider au diagnostic.

Si la malade vient voir le médecin au début de sa lésion, à ce moment l'état général est encore bon. Mais il arrive que le premier signe, par lequel se manifeste l'affection, soit l'amaigrissement. La malade perd l'appétit, vomit tout ce qu'elle essaie d'avalier et rapidement maigrit. Tous les attributs de la cachexie cancéreuse : asthénie, maigreur, pâleur jaunâtre des téguments, s'observent dans la dégénérescence maligne du kyste. L'examen physique nous donnera à la palpation une tumeur qui peut être encore mobile si la cancérisation est à son début, mais qui souvent sera immobile à cause des adhérences. Le toucher vaginal, combiné à la palpation, permettra, si la tumeur n'adhère pas à l'utérus, de la localiser et on sentira une masse dure, irrégulière, bosselée, avec quelques nodosités plus ou moins saillantes. La percussion nous donnera une zone de matité généralement fixe, quelle que soit la position du malade.

Comme dans toutes les lésions cancéreuses, les ganglions seront touchés et la palpation abdominale profonde permettra de découvrir une adénopathie rétropéritonéale. L'adénopathie inguinale, axillaire et susclaviculaire peut aussi être notée.

La ponction exploratrice intra-vaginale actuellement remplacée par la laparotomie exploratrice, a pu aider au diagnostic; et nous terminerons cet examen sans oublier que la radiologie est un moyen d'investigation facile et non dangereux, pouvant nous être utile.

Rarement tous ces signes existeront au complet. Sur quels éléments allons-nous alors poser notre diagnostic ?

a) L'âge de la malade : le cancer est plus fréquent chez les gens âgés que chez les personnes jeunes. Dans notre cas particulier, nos observations confirment ce point de vue et nous devons y penser chez toute femme ayant dépassé quarante ans, femme portant depuis plusieurs années une tumeur abdominale latente;

b) Développement rapide ou apparition brusque, avec augmentation importante de la tumeur;

c) Apparition ou augmentation de la douleur;

d) Immobilisation de la tumeur;

e) Amaigrissement rapide, tendant vers la cachexie.

Si l'affection est prise au début, c'est-à-dire s'il n'y a pas encore d'adhérences, le diagnostic porté sera celui de cancer de l'ovaire.

Si les adhérences joignent le kyste à l'utérus, on pourra porter le diagnostic de fibrome utérin.

Rarement le diagnostic de kyste dermoïde dégénéré sera porté et ce n'est qu'après laparotomie ou autopsie que l'on pourra dire : dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

TRAITEMENT

Lawson-Tait dit : « Toute tumeur de l'ovaire doit être enlevée sitôt qu'elle est reconnue. » Nous ferons nôtre cette formule et aussitôt qu'un kyste de l'ovaire sera diagnostiqué, nous interviendrons. Malheureusement, comme nous l'avons vu, la période du kyste dermoïde est souvent latente, et quand la malade se présente à nous, la dégénérescence est souvent fort avancée. Que faire, alors ?

Si la malade est en bon état, intervenir immédiatement. La laparotomie faite, l'état de la tumeur, l'état des viscères, les adhérences plus ou moins importantes, la plus ou moins grande facilité que l'on éprouvera à les séparer, toutes ces considérations commanderont la marche à suivre. La tumeur est-elle isolée ? L'opération sera facile et son enlèvement sans danger. Les adhérences sont-elles importantes ? Il sera difficile de trouver un plan de clivage pour séparer les différents organes, les hémorragies seront faciles et le moindre contact les provoquera. D'autre part, il faudra se méfier au cours de l'intervention de ne pas ouvrir un organe voisin (vessie ou rectum), auquel cas l'infection se surajouterait au néoplasme.

Par contre, si la généralisation néoplasique existe déjà, si tous les organes ont des noyaux métastatiques, l'opération est inutile et l'opérateur n'a plus qu'à refermer la paroi. Dans ce cas, il ne doit même pas essayer d'intervenir, car l'opération donnerait un coup de fouet et il se produirait des « récidives galopantes » qui emporteraient la malade en quelques jours.

Et si l'état général de la malade est déficient ? Cerné (*Normandie médicale*, 1904), dit :

« Il faut s'entendre sur la cachexie. Personne ne songera à opérer des moribondes, mais il est des cachectiques dont le relèvement postopératoire est extraordinaire. Je ne reconnais, pour ma part, que deux contre-indications formelles : l'état moribond et le diagnostic probable de généralisations (en dehors des contre-indications temporaires ou absolues à une opération quelconque, telles que asystolie ou albuminurie brightique). Même dans les cas d'ascite abondante, même avec des noyaux péritonéaux constatés, j'ai pris comme règle de faire au moins une laparotomie exploratrice et l'évacuation de l'ascite. »

Donc, dans tous les cas où le diagnostic de généralisation n'aura pas été posé, faire une laparotomie exploratrice qui décidera de la suite de l'intervention. Toutefois, faire toujours une hémostase sévère pour éviter l'hémorragie et le transport de cellules néoplasiques.

Par contre, si le diagnostic de généralisation est porté, ne pas intervenir et faire un traitement symptomatique. Calmer la douleur et alors faire de la morphine, relever l'état général de la malade, exciter son appétit, calmer les vomissements, les hémorragies.

PRONOSTIC

Le kyste dermoïde dégénéré peut, comme tous les kystes, s'ouvrir et suppurer. Nous avons rapporté deux cas où cette ouverture a été spontanée : une fois dans la vessie, une fois dans le rectum; et l'on comprend dans ces conditions que la suppuration venant s'ajouter au néoplasme, le pronostic devienne très mauvais.

Mais, en dehors de ces complications rares, nous devons dire que le pronostic du kyste néoplasique est loin d'être bon. En effet, comme nous l'avons vu, et, malheureusement pour nos malades, les signes cliniques de la dégénérescence sont toujours postérieurs aux débuts des lésions anatomiques. D'autre part, cette évolution du mal est extrêmement rapide et il est surprenant de voir le nombre de malades qui, au moment où elles se présentent au médecin, son inopérables. Dans ces conditions, on est dans l'obligation d'être pessimiste et de porter un pronostic fatal à brève échéance.

En est-il de même après intervention ? Si nous consultons nos observations, nous voyons à plusieurs reprises : guérison. Mais les auteurs ne nous ont pas, malheureusement, mentionné les résultats éloignés de l'opération et nous ne pouvons juger ces cas.

Par contre, l'opération a souvent été fatale à brève échéance : les malades de Debuchy et Rocher meurent le lendemain de l'intervention; celles de Eckard et Heschel, 4 jours après l'opération; celles de Pottien et Dewalsche les 10 et 15^e jours.

Comme résultats plus éloignés — mort dans la première année —, Yamogiva : 3 mois, Biermann : guérison 3 semaines

après l'intervention; Thumier : récédive au 6^e mois, Frank : quelques mois; Mac Carty : 9 mois; Krebsig : récédive 7 mois.

Enfin, comme malades ayant vécu plus d'un an après l'intervention, nous trouvons les observations de Mac Carty, où la malade est réopérée 14 mois après; de Spalding, où la malade est en bon état 2 ans après; celle de Harris, fillette de 6 ans qui, 30 mois après, va très bien. Par contre, la malade de Vacher, 7 ans après l'ablation du kyste dermoïde dégénéré d'un ovaire, récédive dans l'autre ovaire et meurt. Quant à la malade de Spencer, atteinte d'un kyste dermoïde endothéliomateux, elle revient 13 ans et demi après pour fibro-endothéliome du vagin. Nous ne connaissons pas le résultat de cette seconde opération.

De toutes ces considérations, nous pouvons constater que les récédives sont fréquentes pour ne pas dire habituelles, et que même ces récédives sont précoces, puisque cinq seulement de nos malades ont vécu plus d'un an après l'opération. Sans doute ces malades avaient été opérées au moment où la tumeur était encore localisée au kyste. Il n'y avait pas d'adhérences, l'adénopathie était peu importante et dans ces conditions l'opération avait été plus facile et plus complète.

Nous allons donc conclure que, plus l'intervention sera précoce, plus le pronostic sera moins mauvais; mais qu'en général nous devons émettre un pronostic fatal à brève échéance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(CORNIL, in BABINSKY, Soc. anat. de Paris, 1883.)

Femme qui présentait des symptômes de kyste de l'ovaire. La ponction donne des cheveux et en montre la structure dermoïde.

Ovariectomie : Tumeur adhérente à l'utérus et à l'intestin, envahissement d'une grande partie de l'utérus.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux lobulé.

OBSERVATION II.

(COHEN, *Zeitschrift für Geburts. und Gyn.*)

Cohen cite, dans la statistique des tumeurs malignes opérées par Schröder, 2 cas de dégénérescence carcinomateuse greffée sur des kystes dermoïdes et un cas de sarcome dermoïde avec guérison de la malade.

OBSERVATION III.

(HESCHEL, *Prager Vierteljahrs*, 1860.)

Femme de 45 ans, 6 grossesses. Depuis quelques années, tumeur abdominale. Ponction exploratrice par le vagin. Mort au quatrième jour.

Autopsie : Tumeur droite, grosse comme une tête d'enfant. Péritonite purulente. Dans le kyste, poils. Paroi du kyste épaisse.

Examen microscopique : On trouve un stroma de tissu en liaison avec des cavités allongées, dans lesquelles se trouvent des masses de cellules, les unes en forme de bouteilles, les autres avec des prolongements en forme de massue.

Diagnostic : Kyste dermoïde de l'ovaire combiné à un épithélium pavimenteux.

OBSERVATION IV.

(VEIT, *Zeitschrift für Gebürts und Gyn.*, 1890.)

Kyste dermoïde suppuré, situé à droite, avec une transformation cancéreuse des parois s'étendant jusqu'au bord gauche de l'utérus, qui adhérerait au kyste.

A gauche, les annexes manquent entièrement. A leur place est un kyste dermoïde très adhérent à l'épiploon, sans connexion avec les organes génitaux.

OBSERVATION V.

(KREBSIG, *Virchow Archiv.*, vol. 75, 1882.)

Brève relation d'une opération effectuée pour un kyste dermoïde le 2 mai 1881. L'état général de la patiente est bon. Le kyste dermoïde avait subi une dégénérescence épithéliomateuse.

L'auteur signale une récurrence sous forme de noyaux suspects vésico-utérins, en décembre, soit sept mois après l'intervention.

OBSERVATION VI.

(ROCHER, *Correspondanz blatt für Schweizer Aertze*, 1877.)

Kyste dermoïde ayant subi la dégénérescence carcinomateuse. Généralisation à l'autre ovaire.

Femme âgée de 50 ans. Depuis trois mois, tumeur ovarienne grosse comme la tête; douleurs.

Ovariectomie : La tumeur est adhérente à la vessie, qui est ouverte au cours de l'intervention. L'autre ovaire est dégénéré en une tumeur grosse comme un œuf de poule. Mort vingt-quatre heures après.

OBSERVATION VII.

(WAHL, *Petersburger Mediz. Wochensch.*, 1883.)

Femme de 26 ans. Depuis un an, tumeur qui a progressivement grossi; remontant jusqu'à l'ombilic quand la malade se présente. Douleurs.

Ovariectomie : La tumeur adhère à l'épiploon et au côlon ascendant. Dans le kyste, boucles de cheveux longs et liquide sébacé. Dans la paroi, nodules disséminés et durs.

Examen microscopique : Carcinome alvéolaire avec substance fondamentale myxomateuse.

OBSERVATION VIII.

(Registre du laboratoire d'A. P. de la Faculté de médecine de Lyon, 1888; in thèse MASSON.)

Examen microscopique de la paroi d'un kyste dermoïde opéré par le professeur Fochier. Opération pénible à cause d'adhérences solides et nombreuses.

Guérison opératoire, récurrence et mort par généralisation.

Parois du kyste dermoïde infiltrées d'un épithélioma corné très caractéristique.

OBSERVATION IX.

(GRANT, *Transvaal Medical Journal*, 1909.)

Femme de 47 ans, présentant depuis plusieurs années une tumeur de la fosse iliaque gauche. Quinze jours avant son entrée, douleur vive, vomissements, ballonnement abdominal.

Opération : Volumineux kyste dermoïde suppuré, dont les parois ont subi la dégénérescence maligne.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux.

OBSERVATION X.

(KRUKENBERG, *Arch. für Gyn.*, 1887.)

Femme de 43 ans, 11 accouchements. Cachexie.

Tumeur bosselée, grosse comme une noix, dans l'abdomen.

Dans le pelvis, tumeur dure et irrégulière dépassant la symphyse de 4 centimètres.

Opération : Tumeur libre, grosse comme une tête d'enfant, con-

tenant deux kystes dermoïdes à parois plus ou moins épaisses, avec excroissances. Nodule dans l'épiploon.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux.

OBSERVATION XI.

(YAMOGIWA, *Arch. für patho.-anat.*)

Femme de 60 ans qui présentait depuis trente-quatre ans une tumeur douloureuse de la région hypogastrique droite. Métastase sus-claviculaire gauche en mai 1894. Douleurs intolérables à partir de cette date. Cachexie, œdème. Mort le 24 octobre 1894.

Autopsie : Tumeur pélvienne remontant jusqu'à l'ombilic, surtout développée à gauche, molle à gauche, dure et osseuse à droite, adhérente à la paroi et aux anses intestinales.

Examen microscopique : Par endroits, structure dermo-papillaire; ailleurs dégénérescence maligne avec toutes les phases de la dégénérescence carcinomateuse jeune.

OBSERVATION XII.

(NORRIS, *Am. J. Obst., N. Y.*, 1906.)

L'auteur rapporte deux cas de kyste dermoïde bilatéral de l'ovaire, dans lesquels un des deux kystes avait subi la dégénérescence maligne. Le premier cas est celui d'une femme de 54 ans ayant depuis plusieurs années une volumineuse tumeur abdominale; le second cas est celui d'une femme de 42 ans chez laquelle les douleurs avaient constitué le principal symptôme.

Examen microscopique : Dans les deux cas, carcinome.

OBSERVATION XIII.

(MERMET, *Soc. anat. Paris*, 1896.)

Femme de 66 ans. Depuis un an, obstruction intestinale chronique; puis, il y a six mois, tumeur abdominale, arrondie, irrég-

gulaire, douloureuse, occupant les régions hypogastrique et iliaque gauches.

Extirpation le 26 avril 1896 : Impossible d'enlever une métastase annulaire du côlon sigmoïde. La tumeur est formée d'une poche centrale, à laquelle sont annexés plusieurs kystes, dont un avec des cheveux. Masse néoplasique postéro-supérieure du volume du poing.

Examen microscopique : A un faible grossissement, aspect adénoïde ou adénomateux. Au fort grossissement, on voit en certains points le passage de l'adénome ou carcinome cylindrique.

En fait, il s'agit ici d'un kyste muco-dermoïde, et c'est la partie mucoïde qui est dégénérée.

OBSERVATION XIV.

(LOCKHART et ANDERSON, *Montréal Med. J.*, 1899.)

Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire gauche, à évolution longtemps bénigne, brusquement aggravée. L'examen histologique montre sur la même tumeur la combinaison d'un carcinome et d'un épithélioma.

OBSERVATION XV.

(YAMOGIVA, *Arch. für patho.-anat.*, 1897.)

Femme de 41 ans. Tumeur en mai 1893, non douloureuse, grosse comme une pomme, para-ombilicale, grossit progressivement et devient douloureuse. Laparotomie exploratrice en janvier 1894. Mort en avril.

Autopsie : Métastases péritonéales. La tumeur est un kyste dermoïde contenant deux litres de liquide et des poils. Adénopathie rétropéritonéale.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux de structure alvéolaire. Les formations perlées se montrent soit au centre, soit à la périphérie des alvéoles.

OBSERVATION XVI.

(LEBLANC, *Soc. anat. de Paris*, 1896.)

Femme qui se plaint de douleurs abdominales datant de six semaines, avec perte rapide des forces. Tumeur de la région ombilicale, dure, bosselée. Ascite.

Laparotomie : Ascite sanglante. Tumeur ovarienne gauche, grosse comme une tête de fœtus. Dans l'ovaire droit, petit kyste dermoïde chevelu, avec une dent. Dans le gros kyste pluriloculaire gauche, un petit kyste dermoïde du volume d'une noisette.

Examen microscopique : Epithélioma.

OBSERVATION XVII.

(MASSON, thèse Lyon, 1897.)

Femme de 53 ans. Depuis quatre ans, pesanteur dans la fosse iliaque gauche. Depuis un mois, tumeur, douleurs accrues, constipation. La tumeur, bosselée, bombe dans le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie : Tumeur adhérente à la paroi et à l'S iliaque, grosse comme une tête d'enfant, née aux dépens de l'ovaire gauche, contenant du liquide blanchâtre, grumeleux. Sur la face externe, deux plaques épaissies correspondant à des formations exubérantes.

Examen microscopique : Au niveau des plaques, épithélioma pavimenteux lobulé, sans pointes de Schültze, ni globules cornés à écailles bulbeuses.

OBSERVATION XVIII.

(SOULIGOUX, *Bull. de la Soc. anat.*, 1892.)

Femme de 28 ans; 3 enfants, 2 sont morts. Dernier accouchement il y a quatre ans. Il y a six mois, avortement de deux mois. Les douleurs que cette femme éprouve datent de sa deuxième grossesse, il y a sept ans. Dernières suites de couches : fièvre, dou-

leurs, vomissements. Depuis l'avortement, douleurs continues dans l'abdomen et la cuisse droite. Tumeur dure et bosselée, indépendante de l'utérus, mobile, grosse comme un œuf d'autruche.

Laparotomie : Tumeur formée de petites poches à contenu huileux, dont l'une contient de la matière sébacée et des poils blonds.

Du côté opposé, ovaire kystique.

Examen microscopique : Muqueuse dermo-papillaire. En certains points, on trouve des noyaux présentant une structure d'épithélioma diffus avec évolution graisseuse des cellules.

OBSERVATION XIX.

(BABINSKY, Soc. anat., Paris.)

Femme de 60 ans. Début, depuis trois mois, par amaigrissement, vomissements, hématurie. La palpation de la région épigastrique est douloureuse, et permet de sentir une tumeur. La palpation de l'abdomen donne une masse plus volumineuse que la précédente dans le flanc gauche.

Mort par cachexie.

Autopsie : Cancer annulaire du pylore. Noyau épiploïque dans le flanc, adhérent à l'intestin; quelques noyaux dans le foie et la rate et à la base du poumon droit. Les deux ovaires, gros comme des marrons, sont cancéreux, et dans l'ovaire gauche, cavité kystique.

Examen microscopique : Le kyste est tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié. Seul l'aspect microscopique de la tumeur au niveau de ses métastases (épithélioma pavimenteux lobulé) permet de lui donner pour origine le kyste ovarien, seule formation à épithélium pavimenteux malpighien qui soit envahie par le cancer.

OBSERVATION XX.

(POMMIER, thèse Strasbourg, 1864.)

Femme de 48 ans. Tumeur depuis vingt ans, longtemps stationnaire. Depuis quatre mois, accroissement rapide, douleurs, cépha-

lalgie, dyspnée, compression intestinale, amaigrissement. Au niveau de l'abdomen, réseau veineux sous-cutané. Tumeur s'élevant jusqu'au creux épigastrique, dure, résistante, siégeant à droite, dépassant la ligne médiane, bosselée, anté-utérine au toucher. Ponction exploratrice par l'abdomen fixe le diagnostic. Mort par cachexie.

Autopsie : A gauche, tumeur en quatre parties : 3 kystes dermoïdes et un noyau néoplasique. A droite, un kyste dermoïde. La masse adhère à la paroi, à l'estomac et au pancréas. Métastases sur l'intestin, le mésentère et dans le foie.

Examen microscopique : Carcinome calcifié, dur, criant sous le scalpel.

OBSERVATION XXI.

(POTTIEN, Dissert. inaugurale, Iéna, 1887.)

Femme de 38 ans. Après chacun de ses 3 accouchements, hémorragies abondantes. Il y a quatre mois, frisson, douleur, tumeur. Actuellement, amaigrissement, tumeur dépassant la symphyse de 10 centimètres, puis vomissements, douleur dans l'aîne.

Opération : Adhérences au côlon descendant et à l'épiploon. Ouverture du côlon et du kyste. Impossible d'extirper toute la tumeur pelvienne. Mort dix jours après.

Autopsie : Adénopathie rétropéritonéale, métastases sur le mésentère, l'iléon, l'appendice, la vessie, le rectum. Kyste dermoïde gauche rempli de cheveux blonds et d'une bouillie grasse.

L'autre ovaire est sain.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux.

OBSERVATION XXII.

(HOCHHALT, Arch. de Virchow, 1895.)

Femme de 48 ans. La malade ne se plaint que d'une douleur sciatique bilatérale. Tumeur abdominale à gauche, remontant jusqu'à l'ombilic. On palpe des noyaux métastatiques disséminés dans l'abdomen. Quinze jours après l'entrée, ouverture dans le rectum, cachexie rapide, mort en un mois.

Autopsie : Tumeur grosse comme une tête d'enfant, adhérente à l'intestin et à l'épiploon. A l'intérieur, poils, os et dents. Métastases sur l'iléon et dans les ganglions rétropéritonéaux.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

OBSERVATION XXIII.

(BIERMANN, *Prager Mediz. Wochen.*, 1885.)

Femme de 21 ans. Depuis trois mois, souffre au niveau d'une tumeur abdominale allant de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche et survenue, dit la malade, à la suite d'une chute. Mort par cachexie vingt jours après son entrée.

Autopsie : Tumeur grosse comme 4 têtes d'adultes, refoulant l'intestin en haut. Noyaux hémorragiques sur le péritoine et le foie. Adhérences avec la vessie et l'utérus. Adénopathie rétropéritonéale.

Tumeur bourrée de cavités kystiques à revêtement épidermique, contenant du cartilage.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques.

OBSERVATION XXIV.

(CARTER, *Obstetrical Transaction*, 1884.)

Femme de 50 ans, présentant depuis un an une tumeur abdominale siégeant à droite, peu fluctuante, bosselée et irrégulière, peu mobile. Cachexie. Poussée aiguë cinq jours avant la mort.

Autopsie : Gros kyste droit, adhérent à l'épiploon et aux anses grêles, portant sur sa paroi externe de vastes placards cancéreux, contenant du sang, des cheveux, une dent. A gauche, kyste dermoïde plus petit.

Métastases épiploïques intestinales, ganglions cervico-dorsolombaires.

OBSERVATION XXV.

(HUMMELFARB, *Centralb. für Gyn.*, 1886.)

Femme de 55 ans. Tumeur depuis un an rapidement accrue depuis quatre mois. Ouverture dans la vessie depuis quatre semaines. Mort trois jours après son admission.

Autopsie : Péritonite purulente. Gros kyste droit, à parois épaisses, contenant des cheveux. A sa partie inférieure, deux saillies tubéreuses de tissu friable.

L'ovaire gauche est transformé en un kyste dermoïde de la grosseur d'une pomme.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux lobulé.

OBSERVATION XXVI.

(POMORSKY, *Centralb. für Gyn.*, 1889.)

Femme de 49 ans. Tumeur grosse comme une tête d'enfant, kystique, contenant une pelote de cheveux. Paroi irrégulière et bosselée avec îlots néoplasiques; adhérences nombreuses. A la base de la tumeur, les restes dégénérés de l'ovaire. De la surface externe se détachent des arborèscences néoplasiques.

Examen microscopique : Carcinome.

OBSERVATION XXVII.

(Paul RECLUS, *Bull. méd.*, 1893.)

Femme de 63 ans, 6 grossesses. Se plaint depuis cinq mois de douleurs abdominales à début insidieux et à accroissement progressif. Tumeur mobile, dure, bosselée.

Laparotomie : kyste dermoïde développé dans la paroi d'un kyste mucoïde. Le pôle supérieur, épaissi, adhère au côlon transverse.

Examen microscopique : La tumeur coiffant le kyste dermoïde, montre que l'on a affaire à un sarcome dont les éléments fuso-

cellulaires sont groupés en faisceaux et un tourbillons, irrigués par des vaisseaux abondants, sans paroi propre et comme creusés dans la trame morbide.

OBSERVATION XXVIII.

(BIERMANN, *Prog. Med. Wochen*, 1885.)

Femme de 30 ans. Tumeur depuis l'âge de 22 ans, apparue à la suite d'une chute. Depuis trois ans, période de malaises avec fièvre, nausées, douleurs.

Opération : Tumeur solide, avec quelques points ramollis à sa partie centrale. Près de la surface, poche kystique avec cheveux et bouillie jaunâtre.

Guérison trois semaines après l'opération.

Examen microscopique : La tumeur se montre comme un sarcome typique à grosses cellules en fuseaux, présentant çà et là des paquets de cellules bien ordonnés et, dans d'autres endroits, des cellules disséminées sans ordre.

OBSERVATION XXIX.

(UNVERRICHT, *Centralb. jur. chin.* 1879.)

Tumeur ancienne ayant présenté brusquement un développement rapide.

Autopsie : Kyste dermoïde de l'ovaire englobé dans une volumineuse tumeur. Métastases dans la plèvre, le péritoine, l'intestin et presque tous les viscères.

Examen microscopique : Sarcome.

OBSERVATION XXX.

(ECKARD, *Zeitsch. fur. Gebur. und Gyn.*)

Femme de 46 ans. Tumeur solide de l'ovaire gauche grosse comme une tête d'adulte.

Opération : La tumeur ovarienne gauche est bosselée d'élévures,

dont deux sont grosses comme le poing. L'une de ces bosselures est un kyste dermoïde contenant des cheveux et une dent. Ce kyste est séparé de la tumeur par une cloison épaisse et spongieuse. La masse, dans son ensemble, est crevassée, feuilletée, trabéculaire.

Examen microscopique : Sarco-endothéliome.

OBSERVATION XXXI.

(FLAISCHEN, *Zeitsch. für. Gebur. and Gyn.*, 1889.)

Femme ayant eu 2 enfants. Hémorragies depuis le dernier avortement datant de trois mois. Etat général mauvais. A droite, une seule tumeur; à gauche, trois tumeurs superposées.

Ovariectomie : Kyste multiloculaire, avec dans une cavité, tous les caractères du kyste dermoïde.

Dégénérescence cancéreuse des parois.

Examen microscopique : Endothéliome.

OBSERVATION XXXII.

(FAGUET, *Mercredi médical*, 1895.)

Femme de 60 ans, 2 grossesses normales. Début, il y a cinq mois, par troubles de la miction. Il y a deux mois, tumeur du volume du poing dans la fosse iliaque, tumeur qui augmente progressivement. Ascite qui, ponctionnée, donne 5 litres de liquide. On trouve la tumeur en partie solide, en partie liquide, qui va du pelvis à l'ombilic. La tumeur est saillante dans les culs-de-sac antérieur, droit et postérieur.

Opération : Kyste gros comme une tête de fœtus avec cheveux. A sa partie inférieure, ce kyste porte une tumeur solide grosse comme une mandarine.

Examen microscopique : Faisceaux conjonctifs fasciculés, limitant des alvéoles remplis de cellules épithélioïdes. Nombreuses fentes lymphatiques. Vaisseaux sans paroi propre. C'est un endothéliome typique.

OBSERVATION XXXIII.

(DEBUCHY, thèse Paris, 1899.)

Femme de 22 ans, irrégulièrement réglée. Il y a six mois, douleur vive et subite dans le flanc droit calmée au bout de cinq semaines. Puis la douleur reparait et nē cesse plus; elle s'irradie dans la cuisse droite. Tumeur dure, résistante, peu mobile, bombant dans le cul-de-sac antérieur.

Laparotomie : Tumeur solide et dure en avant, postérieurement pâteuse et kystique, légèrement adhérente; en avant, rompue dans le péritoine. La tumeur est une masse solide, creusée d'une cavité kystique irrégulièrement épidermée, avec une touffe de cheveux et un grand nombre de kystes plus petits, dont quelques-uns pili-fères.

La malade revient deux mois après cachectique et ascitique.

Le diagnostic posé est celui de péritonite tuberculeuse.

Une seconde opération montre une ascite sanglante, une généralisation cancéreuse à tout le péritoine abdominal. Mort le lendemain.

Autopsie : Métastases sur tout le péritoine pariétal, diaphragmatique, hépatique, l'épiploon. Elles encombrant tout le petit bassin.

Examen microscopique : Au niveau des parties solides de la tumeur et des métastases, une structure myxosarcomateuse.

OBSERVATION XXXIV.

(BUSSE, Soc. méd. de Greifswald, 1899.)

Femme de 68 ans, présentant depuis vingt-deux ans une tumeur pelvienne. Evolution rapide depuis dix-huit mois. A son entrée à l'hôpital, la malade est inopérable.

Autopsie : Tumeur pelvienne, molle, envahissant la paroi postérieure du vagin et de l'utérus. En arrière de l'utérus, production calcifiée du volume d'une orange, contenant des cheveux et une bouillie muqueuse.

Examen microscopique : Sarcome à petites cellules rondes mais probablement indépendant du kyste dermoïde dont les parois sont intactes.

OBSERVATION XXXV.

(THUMIER, *Arch. fur. Gyn.*, t. III.)

Femme de 65 ans. Depuis dix-neuf ans, tumeur abdominale.

Il y a seize ans, poussée de péritonite. Depuis, la tumeur a grossi progressivement. Depuis un an, douleurs, tumeur volumineuse, bombant dans le cul-de-sac postérieur, immobile, bosselée.

Ponction exploratrice.

Opération : Extirpation difficile de la tumeur adhérente à la paroi que l'on doit réséquer. Mort six mois après de récidive.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux.

OBSERVATION XXXVI.

(VACHER DE LAPOUGE, thèse Montpellier, 1913.)

Femme de 47 ans, 2 grossesses normales.

Début par douleur vive et subite dans le bas-ventre, avec vomissements. Trois semaines après mêmes accidents.

Tumeur dure, bosselée, peu mobile, occupant le cul-de-sac postérieur, augmentant progressivement. Amaigrissement.

Laparotomie : Ascite. L'intestin grêle adhère à la tumeur et à l'utérus, refoulé à droite et en avant.

On enlève la tumeur, qui est un kyste dermoïde avec cancer, et l'utérus gros, bosselé sur sa face postérieure. La malade sort guérie un mois après l'intervention.

Sept ans après, la malade revient pour troubles digestifs et douleurs abdominales. Puis ictère, ascite, foie gros, dur, bosselé. Mort au bout de trois mois, après violentes douleurs lombaires et sciatiques.

Examen des pièces : utérus fibromateux. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche, gros comme deux poings. Sa surface externe porte deux plaques, où la peau est épaisse, verruqueuse. Masse nodulaire dure, grosse comme une noix à la périphérie d'une des plaques.

Examen microscopique : Structure typique du cancer cutané avec globes épidermiques.

OBSERVATION XXXVII.

(VACHER DE LAPOUGE, thèse Montpellier, 1913.)

Femme de 52 ans, six enfants.

Douleurs abdominales et lombaires, il y a quatre mois. A son entrée, les douleurs existent, sourdes, avec poussées lancinantes. Anorexis, vomissements, constipation, mictions fréquentes.

Masse pelvienne dure, lobulée, peu mobile, dépassant légèrement l'ombilic. L'utérus adhère à la tumeur.

Opération : Adhérences intestinales et péritonéales à la tumeur, qui est grosse comme une tête de nouveau-né et qui est formée aux dépens de l'ovaire droit. La tumeur enlevée, on voit deux masses dures, grosses comme le poing, faisant corps l'une avec le côlon descendant et l'S iliaque, l'autre avec le cæcum et la fin de l'iléon. Nodules néoplasiques sur l'intestin grêle et le péritoine pariétal.

L'ovaire gauche, néoplasique, porte une masse noduleuse grosse comme le poing.

Le kyste contient des cheveux; sa paroi épaisse porte des nodosités cancéreuses.

Examen microscopique : Cancer alvéolaire avec cellules polyédriques et globes épidermiques.

OBSERVATION XXXVIII.

(VACHER DE LAPOUGE, thèse Montpellier, 1913.)

Femme de 48 ans, 4 enfants.

Depuis six ans, règles irrégulières. Violentes douleurs dans le flanc droit, irradiées dans tout l'abdomen depuis un an. Ces douleurs renouvelées à la moindre fatigue, deviennent bientôt constantes, et, il y a six mois, les règles cessent et le ventre grossit. Depuis un mois, douleurs irradiées aux membres inférieurs.

Tumeur dure, bosselée, mobile.

Laparotomie : Tumeur développée aux dépens de l'ovaire droit, grosse comme la tête d'un fœtus contenant des cheveux et un liquide épais, d'aspect huileux.

La partie solide de la tumeur est dure, irrégulière, et les nodosités sont en voie de ramollissement caséux et puriforme.

Examen microscopique : kyste dermoïde dégénéré en épithélioma.

OBSERVATION XXXIX.

(HARRIS, *Surg. Gyn. Obst.*, mai 1917, t. XXIV.)

L'auteur rapporte un cas curieux de tératome malin solide de l'ovaire observé chez une fillette de 5 ans 10 mois.

Le fait le plus curieux est l'apparition de la puberté à 5 ans : écoulement sanguin par le vagin, apparition de poils sur le pubis et dans les aisselles, augmentation de volume des seins; en même temps, la taille augmentait et dépassait très notablement celle des enfants du même âge. L'enfant fut opérée et resta sans récédive pendant trente mois. Il n'y eut plus de règles après l'ablation de la tumeur, et les poils pubiens rétrocedèrent.

La tumeur était un tératome solide et kystique partiellement. Il existait des zones d'adéno-carcinome et un grand nombre de tissus tératoïdes complexes.

OBSERVATION XL.

(SPENCER, *Proc. Roy. Surg. Med.*, London, 1922-23.)

L'auteur rapporte le cas d'un kyste dermoïde de l'ovaire dégénéré en sarcome.

OBSERVATION XLI.

(SPENCER, *Royal Soc. of Medecine*, juin 1918.)

Femme de 43 ans. Tumeur abdominale et métrorragies remontant à seize mois. La malade curetée, les hémorragies cessent, et cinq mois après le curetage, la malade est opérée. Tumeur, à l'in-

térieur de laquelle on trouve un kyste rempli de matière sébacée et de cheveux, kyste n'occupant que le sixième de la tumeur.

Examen microscopique : Kyste tapissé d'un épithélium pavimenteux. La tumeur est constituée par un stroma dense, traversé par un réseau de cellules épithéliales, qui paraissent surtout abondantes aux endroits vasculaires : il s'agissait d'un endothéliome.

La malade revient treize ans et demie après pour fibroendothéliome du vagin.

OBSERVATION XLII.

(R. T. FRANK, *Am. J. Obst. New-York*, 1915.)

Femme de 50 ans, 2 avortements. Tumeur abdominale depuis dix-neuf ans. Depuis deux ans, la tumeur a grossi. La malade se plaint de pesanteur dans l'abdomen, de douleurs lombaires, la miction est douloureuse. Amaigrissement; pigmentation. Tumeur abdominale lisse, mobile, dépassant l'ombilic.

Laparotomie : Kyste dermoïde de l'ovaire droit gros comme une tête d'adulte. A un pôle, zone épaissie, gélatineuse avec des inclusions jaunâtres.

Examen microscopique : Noyaux carcinomateux dans le nodule.

La malade revient quelques mois après. La radiographie confirme la présence de métastases pulmonaires et vertébrales.

OBSERVATION XVIII.

(POTHERAT, *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Paris, 1920.)

Femme de 35 ans. Tumeur solide juxta-utérine avec abondante ascite. On porte le diagnostic de tumeur maligne ovarienne.

Tumeur grosse comme une tête d'enfant, renfermant des cheveux et de la matière sébacée. Sur un point de la surface, tumeur sessile, bourgeonnante, ressemblant à un chou-fleur, ayant l'aspect d'un épithélioma mucoïde.

Il s'agit donc ici d'un kyste dermoïde, dont la paroi a donné naissance à une végétation exogène, épithéliomateuse.

L'autre ovaire kystique, à contenu mucoïde, a un épithélioma endogène.

OBSERVATION XLIV.

(SPALDING, *Am. J. Obst. New York*, 1919.)

Femme de 53 ans. Depuis trois semaines, douleurs dans l'hypochondre droit. Léger ictère. Miction douloureuse. Incontinence et constipation.

Tumeur dans la fosse iliaque droite, indépendante de l'utérus.

Tumeur ovarienne droite, de la grosseur d'un organe, contenant des cheveux rouges. Nodule jaune, reposant sur le kyste, recouvert d'une étroite bande de tissu ovarien.

Examen microscopique : Cellules épithéliales traversant la basale pour aller vers les tissus profonds. Les glandes sébacées sont envahies de cellules épithélioïdes ressemblant à des cellules carcinomateuses.

Le nodule siégeant sur le kyste forme une masse carcinomateuse à petites cellules épithélioïdes rondes.

Il est difficile de dire si nous avons un adéno-carcinome ou un carcinome; si la tumeur maligne est primitive de l'ovaire ou vient d'une dégénérescence de la couche épithéliale du tératome.

En faveur de la dégénérescence du tératome sont les couches profondes de l'épithélium pavimenteux.

La femme reste guérie deux ans après l'opération.

OBSERVATION XLV.

(DEWALSCHÉ, *Bruxelles médical*, 1930.)

Une jeune vierge est admise à l'hôpital pour symptômes abdominaux appendiculaires.

A l'examen : Tumeur située dans le Douglas, grosse comme le poing.

Laparotomie : Embryome polykystique.

La malade décède, présentant des signes de condensation pulmonaire, quinze jours après l'intervention.

Autopsie : Métastases sur le péricarde, dans les poumons, la plèvre, le diaphragme, le foie.

Elles avaient l'aspect de chorio-carcinome.

OBSERVATION XLVI.

(MAC CARTY and TAYLOR, *Am. Surg. Phila.*, 1922.)

Femme de 58 ans, 4 enfants.

Depuis neuf mois, petite tumeur abdominale gauche, accompagnée d'une sensation de brûlure et de tiraillement. Il y a quatre mois, selles hémorragiques.

Amaigrissement rapide, constipation, augmentation de la taille.

Quatorze mois avant, la malade avait été opérée d'un kyste dermoïde, avec début de dégénérescence.

Opération : On résèque le côlon sigmoïde, qui est néoplasique.

La tumeur est un épithélioma papillaire; apparemment dérivé du kyste dermoïde enlevé.

OBSERVATION XLVII.

(MAC CARTY and TAYLOR, *Am. Surg. Phila.*, 1922.)

Femme de 67 ans, 6 enfants. Se plaint d'une augmentation graduelle de l'abdomen. Sensation de brûlure dans la fosse iliaque gauche.

Céphalée, vomissement, pesanteur abdominale après les repas.

Examen : Tumeur abdominale dure, dépassant l'ombilic.

Opération : Gros kyste de l'ovaire droit remplissant la cavité péritonéale. Ce kyste, pesant 4.800 grammes, contenait des cheveux et de la matière sébacée. Sur le côté du kyste, masse papillaire, brunâtre, se projetant dans la cavité.

Examen microscopique : Epithélioma papillaire.

OBSERVATION XLVIII.

(WIENER, *Am. J. Obst.*, 1915.)

Femme de 58 ans, 9 grossesses.

Depuis trois semaines, douleurs abdominales et lombaires.

Amaigrissement. Masse abdominale dure, ronde, mobile, remontant à l'ombilic.

Laparotomie : Kyste adhérent à l'épiploon, gros comme une tête d'enfant, renfermant une matière épaisse, brunâtre. Sur la paroi interne, nodules durs, gros comme une mandarine.

Examen microscopique des nodules : Carcinome.

OBSERVATION XLIX.

(WIENER, *Am. J. Obst.*, 1915.)

Femme de 50 ans, 2 avortements. Après le deuxième avortement, il y a dix-neuf ans, on a diagnostiqué une tumeur abdominale. Pas d'autres symptômes. La tumeur paraît avoir augmenté il y a deux ans.

Actuellement, sensation de pesanteur dans l'abdomen, douleurs lombaires. Dysurie.

A l'examen : Amaigrissement, abdomen proéminent. Sur la ligne médiane, remontant au-dessus de l'ombilic, tumeur ferme, globuleuse, régulière, mobile.

Laparotomie : Kyste gros comme une tête d'adulte, irrégulier, à surface lisse; contient cheveux et matière sébacée. A un pôle, la paroi du kyste est épaissie et paraît gélatineuse. A la section, cette portion montre de nombreuses petites cavités contenant une matière ressemblant à du mastic.

Examen microscopique : Cellules carcinomateuses.

OBSERVATION L.

(WIENER, *Am. J. Obst.*, 1915.)

Femme de 35 ans, 1 enfant.

La malade dit avoir une tumeur abdominale depuis deux ans.

Laparotomie : Considérable ascite sanglante. Kyste gros comme une tête d'adulte. Au pôle supérieur, gros nodule adhérent au grand épiploon et à l'intestin. On enlève l'épiploon et on résèque 60 centimètres de l'intestin grêle.

Le contenu du kyste était un liquide laiteux et une masse de cheveux.

Examen histologique : tumeurs carcinomateuses sur le kyste dermoïde ainsi que sur l'épithélium et l'endomètre.

La malade entre l'hôpital avec saux vésicale au présent d'une issue sans suite, un pôle plusieurs années dans l'urine.

OBSERVATION II.

PETERS, *Bull. John's Hopkins Hospital*, 1900.)

Femme de 44 ans se plaint de douleurs vésicales. Jus avant septuaginta postérieurement après le 1^{er} enfant, il y a eu une issue sans suite, et après le 1^{er} enfant, il y a eu une issue.

Depuis la naissance du 1^{er} enfant, douleurs des régions lombaires et vésicales. Alternatives d'incontinence et de rétention d'urine.

Il y a eu une issue sans suite dans l'histoire de la femme. La femme a perdu le pôle vésicale après le 1^{er} enfant. À l'examen, elle a eu une issue sans suite, plusieurs années de la vésicale. Il y a eu une issue sans suite, elle ne pouvait plus uriner que debout.

Opération. Tumeur dure sur le pôle vésicale. Tumeur adhérente au pôle vésicale, vésicale et pôle de 13 centimètres de diamètre. Pôle de la base vésicale une zone plus dure, vésicale.

Examen histologique. Carcinome dans un kyste dermoïde. Tumeur vésicale après l'opération. La malade se porte bien.

OBSERVATION III.

LACHURE et NADAL, *Bull. Soc. anat. Paris*, 1910.)

Il s'agit d'un kyste dermoïde des ovaires, opéré par le Professeur DUBOIS, à l'Hôpital Trousseau à Bordeaux. Le kyste ovarien avait une paroi épaisse et adhérait fortement à l'utérus.

Le kyste dermoïde contient de la graisse mêlée à un liquide visqueux parhéme, tenant en suspension de nombreux débris épithéliaux. La paroi présente une zone papillaire avec quelques poils blancs. La paroi plus épaisse est totalement dégénérée, épaissie et indurée.

Examen histologique : La dégénérescence maligne paraît se faire aux dépens de l'épithélium de revêtement; celui-ci, en certains points, présente un épaississement marqué et des modifications hyperplasiques des éléments qui le constituent. Un peu plus loin, des bourgeons épithéliaux gagnent la profondeur des tissus. La tumeur revêt alors l'aspect carcinoïde.

En contact de la tumeur, l'utérus est envahi dans toute son épaisseur et d'une façon complète et régulière par des coulées néoplasiques très déliées. Le tissu propre a ainsi l'aspect d'une éponge imprégnée de néoplasme.

OBSERVATION LIII.

(CLARK, *Am. J. Obst.*, 1898.)

Tumeur opérée en 1885 chez une femme de 29 ans. Enlèvement d'un noyau métastatique dans l'aisselle gauche. Le kyste dermoïde était néoplasique.

OBSERVATION LIV.

(BOXER, *Arch. für Gyn.*, Berlin, 1910.)

L'auteur rapporte 3 cas de kyste dermoïde dégénéré chez des femmes âgées respectivement de 29, 52 et 58 ans.

OBSERVATION LV.

(Professeur CHAVANNAZ, *Gaz. hebd. Sciences méd. Bordeaux*, 1898.)

La nommée T..., âgée de 56 ans, vient nous consulter pour une tumeur de l'abdomen. Cette femme n'offre rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Ses parents sont morts à un âge avancé sans avoir rien présenté de néoplasique. Quant à elle, sa santé a toujours été bonne jusqu'à la ménopause, qui s'est produite à 52 ans.

Depuis deux ans, notre malade présente des pertes aqueuses, légèrement rosées. En plus, depuis cette époque, elle a eu des accès d'obstruction intestinale et de la rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme.

À l'examen, on trouve par la palpation une masse dure, irré-

gulière, s'étendant du pubis à l'ombilic et occupant une partie de la fosse iliaque droite. Cette tumeur est mate à la percussion.

Par le toucher vaginal, on trouve le col petit, effacé, porté en bas et en avant. Le cul-de-sac vaginal postérieur est occupé par une tumeur qui semble faire corps avec l'utérus et qui se continue avec la tumeur abdominale.

Par le palper bimanuel, on peut constater que cette tumeur, qui remplit presque le petit bassin et remonte dans l'abdomen, est à peu près immobile, tant en hauteur que transversalement.

Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'ascite, pas d'épanchement pleural. La malade n'a pas maigri; elle a seulement perdu un peu de ses forces.

Nous portons le diagnostic de fibrome utérin, et par suite des accidents d'obstruction intestinale et de rétention d'urine, nous conseillons l'intervention.

La malade entre à l'Hôpital Saint-André le 19 février, dans le service de M. Pousson.

Le 25 février, avec l'aide de MM. Pousson, Binaud et Bégouin, nous pratiquons la laparotomie.

La malade étant placée dans la position de Trendelenburg, nous faisons une incision allant de l'ombilic jusqu'en avant de la symphyse pubienne. La vessie se montre aussitôt.

En arrière et au-dessus d'elle, se trouve une grosse tumeur arrondie, rosée, rappelant l'aspect d'un fibrome utérin, s'élevant jusqu'à l'ombilic et plongeant en arrière dans le cul-de-sac de Douglas. La consistance est celle d'un fibrome utérin un peu mou.

Le tire-bouchon de Delagenière est fixé au sommet de la tumeur, mais à peine avons-nous fait un tour de spire que nous voyons sourdre un liquide verdâtre. Nous remplaçons le tire-bouchon de Delagenière par le trocart de Kœberlé, et nous retirons environ trois quarts de litre d'un liquide couleur purée de pois et huileux. La tumeur, une fois affaissée par la ponction, nous apercevons l'utérus, qu'elle recouvrait et masquait au début de l'intervention. Assez péniblement, car elle adhère à l'utérus ainsi qu'au rectum, et elle plonge dans le Douglas, nous isolons et amenons hors du ventre la tumeur, qui reste seulement fixée au ligament

large droit par un pédicule vasculaire, que nous sectionnons et lions en chaîne.

Les annexes du côté gauche, bien que saines, sont enlevées. Après avoir débarrassé le cul-de-sac de Douglas des caillots sanguins qui s'y sont accumulés, nous pratiquons la suture à trois étages de la paroi abdominale.

Le lendemain, 24 février : Température, 37 degrés; pouls, 72; pas de vomissements.

Le 25 février : quelques vomissements; température, 37°2; pouls, 82; purgation; glace sur le ventre.

Le 26 février : La purgation et deux lavements n'ont amené qu'une évacuation insignifiante; le ventre est très volumineux, les vomissements fréquents. La température est de 37°4, le pouls est à 120. On fait une injection de sérum et on donne aussi un peu de caféine en injections sous-cutanées.

La mort arrive le 27 février, à 4 heures du matin.

A l'autopsie, nous trouvons le côlon et l'intestin grêle fortement distendus; pas de traces d'exsudats à leur surface. L'S iliaque et le rectum sont aplatis. Dans le cul-de-sac de Douglas, il y a environ deux cuillerées de liquide séreux, et en soulevant une fausse membrane située au point décline du cul-de-sac, nous voyons s'écouler environ un dé à coudre de pus.

La tumeur extirpée, vidée de son contenu, pèse 335 grammes. Elle est formée d'une vaste poche, dans l'intérieur de laquelle on trouve une masse du volume d'une petite mandarine, formée de poils fins entremêlés et détachés de la paroi.

Cette poche a des parois d'épaisseur inégale.

En avant, les parois sont minces; en arrière et en bas, elles atteignent une épaisseur de 3 cm. 5. Dans cette partie, la tumeur constitue une masse solide en forme de coupe à concavité antérieure et du volume d'un très gros poing d'adulte.

La face interne de la poche est unie, d'aspect cutané, avec deux poils fins encore implantés sur elle.

A la coupe, la portion épaisse de la paroi est blanchâtre, de consistance fibromateuse; elle est unie, et seule la couche périphérique se différencie un peu pour former une sorte de coque.

Examen microscopique : Dégénérescence épithéliomateuse.

CONCLUSIONS

I. — La dégénérescence maligne du kyste dermoïde de l'ovaire est une affection rare, atteignant de préférence les femmes âgées.

II. — Le néoplasme du kyste dermoïde a un début clinique brusque. Il envahit rapidement les organes voisins et a tendance à se généraliser dans tout l'organisme.

III. — Le diagnostic du kyste dermoïde dégénéré est difficile, et le plus souvent il n'est fait qu'après intervention et examen microscopique de la tumeur.

IV. — Les formes histologiques du kyste dermoïde dégénéré sont, par ordre décroissant de fréquence :

- a) L'épithélioma;
- b) Le carcinome;
- c) Le sarcome;
- d) L'endothéliome.

V. — Le seul traitement du kyste dermoïde néoplasique est l'intervention chirurgicale, qui doit être précoce et étendue.

VI. — Le pronostic du kyste dermoïde néoplasique est mauvais, car les récidives sont habituelles et souvent ces récidives sont précoces.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCANIO SUAREZ. — Degeneracion maligna de un Quiste dermoïde del
rio. *Rev. med. y cir. de la Habana*, août 1929.
- BAB. — Die Karzinomerkrankung der Ovarialdermoïde. *Charite
Annals*, 1906, vol. XXX.
- BARD. — Spécificité cellulaire. Congrès de Chirurgie, 1894, in *Lyon
médical*, 1888; *Archives de physiologie*, 1885.
- BENJAMEN. — Dermoid cyst of the left ovary with malignant dege-
neration. *North. Lancet Mineap.*, 1904, XXIV.
- BIERMANN. — *Prague Med. Wochenschrift*, 1885.
- BOXER-ZUR. — Cazuistik der Dermoïdeysten un ihrer Metastasen.
Arch. fur. Gyn. Berlin, 1910.
- BROCA. — *Traité des tumeurs*, 1862.
- BUSSE. — Dégénérescence sarcomateuse d'un kyste dermoïde de
l'ovaire. Société de médecine de Griefswald.
- CARTER. — *Obstetrical Transactions*, 1884.
- CAZENAVE. — Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastases
péritonéales. Thèse Paris, 1895.
- Centralblatt fur Gyn.*, 1886, Bd. 35.
- CERNÉ. — Congrès de Rouen, in *Normandie médicale*, avril 1904.
- CHAVANNAZ. — Dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste der-
moïde de l'ovaire. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*,
1898; *Gaz. de gyn. de Paris*, 1898.
- CLARK. — Carcinoma develop'd from the wall of a dermoïd cyst of
the ovary. *Am. J. Obst. New-York*, 1898.
- COHN. — *Zeitsch. für Geb und Gyn.*, 1886 et 1890.
- CORNIL. — *Bull. Soc. anat.*, 1893.
— *Journ. de connaissances méd.*, 1893.
- COUSIN. — Thèse Paris, 1877.

- CUMSTON. — Malignant transformation of dermoïd cyst of ovary. *Ann. gyn. et ped. Philadelphie*, 1890-1891.
- DEBUCHY. — Des kystes dermoïdes de l'ovaire et de leur dégénérescence maligne. Thèse Paris, 1899.
- DECHAUME. — Kystes dermoïdes de l'ovaire avec production ectodermique et mésodermique. *Lyon médical*, 1925.
- DELBET et LE DENTEC. — Traité de chirurgie.
- DERRIEN. — Thèse Paris, 1893.
- DEBRAY. — Sur la fréquence de l'évolution maligne des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1900.
- DEWALSCHÉ. — Embryome avec chorio-épithéliome malin. Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, 5 avril 1930.
- DOR et BÉRARD. — De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Gaz. hebd. de méd. de Paris*, 1896.
- DUDGEON. — A case of malignant teratoma of the ovary. *Soc. obst. and gyn. Brit. Emp. London*, 1906.
- ECKARD. — Kyste dermoïde et endothéliome de l'ovaire gauche.
- ERSEMTADTER. — Karzinomatose Dermoidzysten des ovarium. *Monat. für Geb. and Gyn.*, Berlin, 1921.
- EWALD. — *Wien. Klin. W.*, 1897.
- FAGUET. — *Mercure médical*, 1895.
- FLAISCHEN. — Sarco-endothéliome greffé sur un kyste dermoïde de l'ovaire. *Zeit. für Geb. und Gyn.*, 1882.
- FLIEDNER. — Dermoid und Carcinom, in-8°, Kiel, 1903.
- FORSTER. — A case malignancy in a dermoïd cyst of the ovary. *Canadian Med. Ass. J.*, march 1927.
- FRAENKEL. — *Wiener Med. Woch.*, XXIII, 1883.
- FRANK. — Deciduoma malignum dermoïd of the ovary. *Louisville, Journ. and Med.*, 1898-1899.
- Dermoïd cyst of the ovary with carcinomatous change. *Am. J. Obst., New-York*, 1915.
- FRANKL. — Dégénérescence cancéreuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Zeit. für Gyn. Leipzig*, 1920.
- FORNOW. — Neoplasia dermocystica dell ovario sinistro a lungo preduneals torto migrata nell epocondria distro. *Clin. Roma*, 1926.

- GRANT. — A case of suppurating dermoid cyst of the ovary undergoing malignant degeneration. *Transvaal Medical Journal*, 1909.
- GURIZONTOFF. — Dégénérescence cancéreuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Vratch. Gaz. Saint-Petersbourg*, 1906.
- GUYER. — Über die combination von dermoïden und malignen tumoren der ovarien. *Greifswald*, 1893.
- HALLER. — A propos des kystes dermoïdes de l'ovaire. Société de chirurgie de Paris, nov. 1922.
- HARRIS. — Carcinomatous ovarian teratoma with premature puberty and precocious somatic development. *Surg. gyn. obst. Chicago*, 1913.
- HADJES. — Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire. Thèse de Paris, 1889.
- HAWKS. — *Am. J. of Obst.*, 1891, t. XXIV.
- HESCHL. — *Prager Vierteljah*, 1860.
- HICKS et TARGETT. — Deux cas d'embryomes malins de l'ovaire. Société d'obstétrique et de gynécologie, Brit. Emp. Londres, 1905.
- HILDEBRANDT. — *Ziegler's Beitr. z. path. Anat.*, 1890, Bd. VII.
- HIMMELFARB. — *Centralblatt für Gyn.*, 1886.
- JULHIET. — Thèse Lyon, 1895.
- KEHRER. — La carcinomatose primaire, dégénérescence des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Beit. Z. Geburt. und Gyn. Leipzig*, 1901.
- KRUKENBERG. — *Arch. fur. Gyn.*, 1887.
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LACOUTURE et NADAL. — Dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Bull. Soc. d'anat. de Paris*, 1910.
- LANDAU. — Zum klinischen verhalten des epithelioma chorio-ectodermale. *Verhandl. d. Berlin med. Gesells.*, 1904.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886.
- LAUERMANN. — Ein Fall von Adenocarcinome in einen ovarial-dermoïd, München, 1918.

- LAURO. — Dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde gauche.
Extirpation. Guérison. *Arch. di obst. e gin. Napoli*, 1898.
- LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des femmes.
- LEBLANC. — Société d'Anatomie de Paris, 1896.
- LEROY. — *Bull. Soc. d'anat.*, 1856.
- LESOURD. — Thèse Paris, 1893.
- LÉOPOLD. — *Centr. für Gyn.*, 1886.
- LOCKHART et ANDERSON. — Carcinome et épithéliome combinés sur un kyste dermoïde de l'ovaire. *Montréal Med. Journ.* 1899.
- LUBARSCH. — Die Metaplasiefrage und ihre Bedeutung für die Geschwulstlehre. *Arb. a. d. path. Anat. Posen*, 1901.
- LUDWIG. — Dégénérescence maligne des tumeurs kystiques embryonnaires de l'ovaire. *Wien. Klin. Wochen.*, 1905.
- LUKINS. — Morular ovarian néoplasms; the so called ovarian dermoïd cyst. a brief literary review including the report of the case. *Am. J. Surg. New-York*, 1918.
- MARTIN. — Die Krankheiten der Eierstöcke, 1899.
- MASSON et OCHSENHERT. — Squamous cell carcinoma arising in dermoïd cyst of ovary report of 3 cases. *Surg. Gyn. Obst.*, 48, 1929.
- MASSON. — Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse Lyon, 1896.
- MÉNESTRIMA. — Large dermoïd cyst of the ovary with carcinomatous degeneration involving. *St-Louis Med. Rev.*, 1908.
- MERMET. — Société d'anatomie de Paris, 1896.
- MERKEL-BONNET. — Ergebnisse, vol. 9.
- MICHEL. — Gibt es ein Epithelioma charioectodermale des Eiers-tokes. *Centr. für Gyn. Leipzig*, 1905.
- MUNCH. — *Semaine médicale*, 1899, n° 38.
- NEUMANN. — Sur un cas de dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde. *Presse médicale*, 1899.
- NORRIS. — Deux cas de kyste dermoïde bilatéral dont l'un a subi la dégénérescence carcinomateuse. *Am. J. Obst. New-York*, 1906.
- OLIVIER. — Dermoïd of left ovary, epithelial cancer invading the cyst wall. *Liverpool Med. Chir. Journ.*, 1891.

- OLSHAUSEN. — Die Krankheiten des ovarium, Stuttgart, 1886.
- PETERS. — A squamous-celled Carcinomatous Degeneration of an Ovarian Dermoid Cyst. *Bull. John Hopkins Hosp.*, 1900.
- PETERSON. — Malignant ovarian teratoma with twisted pedicle, and ascite. *Phys. and Surg. Detroit. and Ann. Arbor*, 1903.
- PICK. — Das Epithelioma chorioectodermale, ein Beitrag zur Lehre von den congenital angelegten geschwülsten. *Verhandler Berlin Med. Gesch.*, 1904.
- Zur Lehre von epithelioma chorioectodermale. *Centr. für Gyn. Leipzig*, 1905.
- PILLIET. — Dégénérescence cancéreuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Société d'anatomie de Paris, 1893.
- POMMIER. — Thèse Strasbourg, 1864.
- POMORSKY. — *Centr. für Gyn.*, 1889.
- POTTIEN. — Dissertation inaugurale, Iéna, 1887.
- POLZL. — Ein Fall von Platten épith. Carcinom. einer Dermoidcyste des Ovariums. *Centr. für Alg. path. und path. Anat.*, 1904, vol. XV.
- POMPE VAN KURDERWAART. — Een geol van dermoid carcinom van het ovarium. *Nederland Tidsehr. v. verlsk an gyn.*, Haarlem, 1902.
- POTHERAT. — Kyste dermoïde de l'ovaire et tumeur épithéliale exogène. *Bull. Soc. chir.*, Paris, 1920.
- POUPINEL. — De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire. Thèse Paris, 1886.
- PFEIFFER. — Squamous cell carcinoma derived from the epithelial lining of dermoid cyst of ovary. *Proc. path. Soc. Phila.*, 1916.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RECLUS. — *Clinique chirurgicale de la Pitié*, Paris, 1894.
- REPPURS. — Ueber einen Fall von carcinomatose Degeneration einer ovarial demoid Cyst, München, 1911.
- ROTHE. — Zwei solid ovarial embryome ein Beitrag zur frage der malignitat derselben. *Monat. für Geb. und Gyn.*, 1904.
- SCHOEMAKER. — Malignant degeneration in dermoid cyst of the ovary. *Proc. Roy. Soc. Med. Londres*, 1910.

- SCHOENHOLTZ. — Kyste dermoïde de l'ovaire de structure rare. *Cent. für Gyn. Leipzig*, 1923.
- SCHROEDER. — *Berliner Klin. Woch.*, 1892.
- SEBILEAU. — Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme. Thèse Paris, 1899.
- SISTRUNK and MAC CARTY. — Benign and malignant ovarian cysts, a report of 1.000 cases. *Surg. Obst. and Gyn. Chicago*, 1913.
- SEIDO IWATA. — De la dégénérescence cancéroïde des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Journ. de la Soc. gyn. Japon*, 1921.
- SOULIGOUX. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1879.
- SPALDING. — Cystic teratome of the ovary with carcinome. *Ann. J. Obst. New-York*, 1919.
- SPENCER. — Ablation d'un kyste dermoïde endothéliomateux de l'ovaire et treize ans et demi après, d'un fibro-endothéliome du vagin. *Roy. Soc. Med.*, 1918.
- Sarcoma in an ovarian dermoid tumour. *Proc. Roy. Surg. Med. London*, 1922-1923.
- SPENCER WELLS. — Traité des tumeurs abdominales.
- STROGANOFF. — Contribution à l'étude de la dégénérescence maligne des kystes de l'ovaire. *Arch. d'obst. et gyn.*, 1913.
- TAUFFER. — Dégénérescence cancéreuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire, perforation dans le rectum, Budapest, 1895.
- TAYLOR and MAC CARTY. — Metaplasia in ovarian dermoids and cystadenomas, report of 3 cases. *Am. Surg. Phila.*, 1922.
- THIENHAUS. — Dermoid of the ovary in which diagnosis was made possible by kriesters signs. *Bull. Milwaukee*, 1905-1906.
- THUMANN et EWALD. — *Semaine médicale*, 1897.
- THUMIER. — Ueber carcinomatose degeneration der Eierstoks dermoid. *Arch. für Gyn. Berlin*, 1897.
- Transactions of the Am. Ass. of Obst. and Gyn.*, vol. III, p. 353.
- UNVERRICHT. — *Breslauer aertzliche Zertsch*, 1879.
- VACHER DE LAPOUGE. — Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1913.

- VANVERTS. — Epithélioma polykystique bilatéral de l'ovaire. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1896.
- VEIT. — *Zeits für Geb. und Gyn.*, 1890.
- VON WAHL. — *Petersburgen Med. Woch.*, 1883.
- WEITZEL. — Du tératome de l'ovaire. Thèse Giessen, 1897.
- WIENER. — A study of the complication of ovarian tumors. *Am. J. Obst.*, 1915.
- WILLIAMSON et BARRIS. — On the occurrence of carcinoma in cystic teratoma of the ovary. *J. Obst. and Gyn. British Emp.*, vol. XX.
- WILMS. — Dermoid cysten und teratom. Article du *Traité de Martens*, 1899.
- WIRCHOW. — *Arch.*, t. LXXX
- WOLFF. — Carcinom auf dem Boden der dermoids. *Arch. für Klin. chir.*, Berlin, 1900.
- YAMOGIVA. — Deux cas de kyste dermoïde de l'ovaire avec dégénérescence carcinomateuse et métastases. *Arch. für path. Anat. Berlin*, 1897.
- ZALINSKI. — Dégénérescence cancéreuse des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Rusk. Vrach. Saint-Pétersbourg*, 1903.

